



BIO 11 CLINIQUE CARCASSONNE Tel: 04.68.11.91.00 Fax: 04.68.11.91.09

BLUCHE GUILHEM CARCASSONNE Tel 04.68.72.82.82 Fax 04.68.72.82.83

BIO 11 LIMOUX Tel : 04.68.31.12.72 fax: 04.68.31.50.17

BIOD'OC LEZIGNAN Tel : 04.68.27.00.93 Fax : 04.68.27.52.55

BIOD'OC FOIX Tel :05.34.09.33.90 Fax : 05.34.09.33.93

BIOD'OC PAMIERES Tel : 05.61.67.09.84 Fax 05.61.67.08.95

BIOD'OC REVEL Tel : 05.61.24.70.70 Fax 05.61.24.70.71

Nos exigences préanalytiques complètes sur www.biodoc.fr

### PRELEVEMENT MICROBIOLOGIQUE

Prélèvement fait le : [ ] / [ ] / [ ] à [ ] H

Localisation du prélèvement : .....

Nom du préleveur : .....

Nom:.....Prénom .....

Nom de jeune fille :.....Date de naissance :... /...../.....

Adresse:.....

Joindre systématiquement l'ordonnance

### RENSEIGNEMENTS CLINIQUES (indispensables à l'interprétation biologique)

Prélèvement génital Urétral Vaginal Endocol Autre :.....

ORL Gorge Langue Nez Oreille ( OD OG Les 2 )

Prélèvement oculaire Œil D Œil G Les 2 yeux

Conjonctivite Kératite Orgelet Lentilles de contact

Prélèvement cutané Plaie aiguë (morsure d'animal, post opératoire, érysipèle)

Plaie chronique (escarre, ulcère)

Mycose (teigne, onyxis, intertrigo, herpes circiné)

Traitement antibiotique : Antibiotique :.....

En cours Arrêté depuis : .....jours

Contexte : Grossesse Fièvre Diabète Médecine du travail

Préopératoire Post opératoire Autre :.....

Recherche de portage : Streptocoque A Streptocoque B Staphylocoque SARM

### TRANSMISSION DES RESULTATS

Au prescripteur : Par courrier Par téléphone Par fax

Copie à d'autres prescripteurs : Si oui, lesquels .....

Au patient: Par courrier Au laboratoire Internet seul (pas de courrier)

DE-MUO-108-03



BIO 11 CLINIQUE CARCASSONNE Tel: 04.68.11.91.00 Fax: 04.68.11.91.09

BLUCHE GUILHEM CARCASSONNE Tel 04.68.72.82.82 Fax 04.68.72.82.83

BIO 11 LIMOUX Tel : 04.68.31.12.72 fax: 04.68.31.50.17

BIOD'OC LEZIGNAN Tel : 04.68.27.00.93 Fax : 04.68.27.52.55

BIOD'OC FOIX Tel :05.34.09.33.90 Fax : 05.34.09.33.93

BIOD'OC PAMIERES Tel : 05.61.67.09.84 Fax 05.61.67.08.95

BIOD'OC REVEL Tel : 05.61.24.70.70 Fax 05.61.24.70.71

Nos exigences préanalytiques complètes sur www.biodoc.fr

### PRELEVEMENT MICROBIOLOGIQUE

Prélèvement fait le : [ ] / [ ] / [ ] à [ ] H

Localisation du prélèvement : .....

Nom du préleveur : .....

Nom:.....Prénom .....

Nom de jeune fille :.....Date de naissance :... /...../.....

Adresse:.....

Joindre systématiquement l'ordonnance

### RENSEIGNEMENTS CLINIQUES (indispensables à l'interprétation biologique)

Prélèvement génital Urétral Vaginal Endocol Autre :.....

ORL Gorge Langue Nez Oreille ( OD OG Les 2 )

Prélèvement oculaire Œil D Œil G Les 2 yeux

Conjonctivite Kératite Orgelet Lentilles de contact

Prélèvement cutané Plaie aiguë (morsure d'animal, post opératoire, érysipèle)

Plaie chronique (escarre, ulcère)

Mycose (teigne, onyxis, intertrigo, herpes circiné)

Traitement antibiotique : Antibiotique :.....

En cours Arrêté depuis : .....jours

Contexte : Grossesse Fièvre Diabète Médecine du travail

Préopératoire Post opératoire Autre :.....

Recherche de portage : Streptocoque A Streptocoque B Staphylocoque SARM

### TRANSMISSION DES RESULTATS

Au prescripteur : Par courrier Par téléphone Par fax

Copie à d'autres prescripteurs : Si oui, lesquels .....

Au patient: Par courrier Au laboratoire Internet seul (pas de courrier)

DE-MUO-108-03